Lane Medical Library

Aus der dermatologischen Klinik
des städtischen Krankenhauses Nürnberg
(Vorstand: Professor Dr. med. E. Nathan).

Beitrag zur Kasuistik der Granulosis rubra nasi.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der
der Hohen medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexanders-Universität
Erlangen

vorgelegt von

Friedrich Karl Denkler
aus Nürnberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 16. Oktober 1928.

Erlangen

Druck der Buch- und Akzidenzdruckerei Höfer & Limmert
1929.

29:308

Referent: Herr Prof. Dr. med. Hauck, Erlangen.
Dekan: Geh. Rat Dr. Specht.

Meinen lieben Eltern!

Beitrag
zur Kasuistik der Granulosis rubra nasi.

Zu den verhältnismäßig seltenen Krankheitsprozessen der Haut gehört die als Granulosis rubra nasi bezeichnete Erkrankung der Nasenhaut. Lange Zeit wurde dieses Krankheitsbild unter andere Krankheitsbilder wie z. B. Hyper- und Dysidrosis, Lupus erythematosus, Lupus vulgaris und Ekzems etc. eingereiht, bis endlich die eingehende klinische und histologische Untersuchung die Sonderstellung der Erkrankung erwies.

Luithlen hat als erster in der Festschrift Caposi hierüber berichtet; er hat die Krankheit zwar noch als „Akne" mit Schweißdrüsenveränderungen bezeichnet, aber er hat schon das Eigenartige der Symptome und das frühzeitige Auftreten dieser „Akne" betont.

Jadassohn hat dann im Jahre 1890 einen entspr. Fall beobachtet, aber erst 1901 nach Sammlung weiteren Materials beschrieben.

Auf Grund der Beobachtung von 7 Fällen konnte Jadassohn den Symptomenkomplex eingehend darstellen und ihn scharf von allen anderen in Frage kommenden Krankheitsprozessen sondern; er kam zu der Anschauung, daß es sich dabei um eine neuartige Erkrankung handelt. Seitdem führt die Erkrankung den Namen „Granulosis rubra nasi" (Jadassohn).

Das klinische Bild wurde von Jadassohn folgendermaßen gezeichnet:

An der Nasenspitze und an den Nasenflügeln, also am häutigen Teil der Nase findet sich eine ziemlich intensive, leicht wegdrückbare, nicht scharfbegrenzte Rötung. Aus dieser heben sich einzelne Knötchen hervor, welche eine dunklere, rote Färbung aufweisen. Sie sind oft ganz klein stecknadelspitz-groß und kaum über das Niveau

der Umgebung erhaben. Manchmal werden sie bis über stecknadelspitz-groß und prominieren dann etwas deutlicher. Sie sind meist etwas zugespitzt, manchmal abgeplattet, stehen nicht in bestimmter Anordnung zueinander und confluiren nicht. Es ist klinisch nicht zu entscheiden, ob sie an den Talgdrüsen- oder an den Schweißdrüsenausführungsgängen lokalisiert sind. Auf Druck blassen diese Knötchen ab, eine gelbbräunliche Färbung ist nicht festzustellen. Ab und zu gingen diese Knötchen in kleinste Pusteln über, die schnell eintrockneten. Die Nasenhaut fühlte sich kühl an. Teleangiektasieen waren meist nur unbedeutend, gelegentlich gar nicht, zweimal in etwas stärkerer Ausbildung vorhanden. Schuppenbildung fehlte fast vollständig. In keinem der Fälle konnte Narbenbildung festgestellt werden. Bei einem Fall war eine unbedeutende, gleichmäßige Atrophie der Haut an der Nasenspitze festzustellen. In der Mehrzahl der Fälle (Jadassohn) war eine Hyperhidrosis vorhanden, die in ihrer Intensität bei den verschiedenen Fällen, auch bei den einzelnen Kranken verschieden war, beträchtlich wechselte und meist ganz auf die häutige Nase beschränkt war, gelegentlich aber auch in geringerem Grade sich in anderen Teilen des Gesichts fand.

Der Verlauf der Krankheit war ein sehr einförmiger, wenn auch die Symptome in ziemlich weiten Grenzen wechselten, bald war die Rötung stärker, bald schwächer, in einem Fall fehlte sie zeitweise vollständig, sodaß die Knötchen auf ganz normaler Haut standen. Die Knötchen selbst waren bald reichlich, bald spärlich oder sogar kaum angedeutet; gelegentlich kamen zahlreiche Knötchen hervor.

Differenzen zwischen Winter und Sommer wurden nicht bemerkt. Jedoch wurde einmal angegeben, daß die Rötung im Frühjahr am auffallendsten sei. Was die Lokalisation anlangt, so war diese in allen Fällen an der Nase. Bei einem Kinde fanden sich ab und zu einzelne Knötchen auch an den Wangen, bei einem anderen an der Oberlippe.

Alle von Jadassohn beobachteten Fälle von Granulosis rubra nasi betrafen Kinder im Alter von 7—16 Jahren, davon waren 6 Mädchen und ein Knabe. Die

Kinder waren zum größten Teil schwächlich, hereditäre Belastung war nicht nachweisbar. Der Knabe war epileptisch, ein Kind wies eine Hypertrophie der Muscheln beiderseits auf, die von rhinologischer Seite als tuberkuloseverdächtig erklärt wurde.

Auf Tuberkulin trat eine Reaktion nicht auf. Bei den anderen Kindern waren wesentliche Organerkrankungen nicht aufzufinden. Mehrere von ihnen wurden versuchsweies mit Tuberkulin injiciert, ohne daß eine Reaktion eintrat.

Jadassohn hat vier Fälle auch histologisch untersucht. Dabei ergab sich folgender Befund:

Das Epithel ist im ganzen normal; Stratum corneum und granulosum gut, das Letztere meist sehr intensiv ausgebildet. Im Rete findet sich nur an einzelnen Stellen eine gewisse Aufquellung der Zellen, hie und da Mitosen. Dort, wo die entzündlichen Veränderungen im Corium am stärksten ausgesprochen sind, besteht eine geringgradige Durchsetzung mit Leukozyten. Nur an einer Stelle war eine circumscripte Parackeratose in den Schweißdrüsenausführungsgängen zu sehen.

Die charakteristischen Veränderungen betreffen das Corium. Blut- und Lymphgefäße waren in den oberen und mittleren Partien desselben vielfach erweitert und von schmäleren und breiteren Infiltraten begleitet, die bald mehr aus groß- und blaßkernigen Zellen, bald mehr aus mononukleären Leukozyten zusammengesetzt sind, unter spärlicher Beimischung einzelner Unna'scher Plasmazellen. Die Cutis enthält reichlichere fixe Zellen als normal, teils in der gewöhnlichen Form und Färbbarkeit, teils vergrößerte und mit großen bläschenförmigen Kernen versehene Zellen.

Die Infiltrate finden sich subpapillär besonders häufig und stark entwickelt an den Schweißdrüsenausführungsgängen. An einer Anzahl von Schnitten konnte Jadassohn auch eine Beziehung zu den Haarfollikeln feststellen, doch treten die Infiltrate an diese nicht so dicht heran und sind auch unbedeutender. Die Infiltrate sind meist ziemlich scharf von der Umgebung abgesetzt.

Das normale collagene Cutisgewebe ist in diesen Infiltraten ganz oder bis auf schmale Randpartien ver-

schwunden; ein feinfädiges, nach van Gieson darstellbares Reticulun ist statt dessen zu sehen. Die in der Umgebung ganz normalen elastischen Fasern sind meist nur spärlich und in feineren Exemplaren innerhalb der Infiltrate zu sehen; dagegen sind capillare Blutgefäße ziemlich reichlich und auch größere treten mit ihrer adventitiellen Zellenwucherung in die Infiltratemassen hinein.

Was die Talgdrüsen und die Haarfollikel anlangt, so erscheinen diese in der normalen Configuration, hie und da finden sich seitliche Sprossungen und reichliche Mitosen, nirgends aber eine Durchsetzung mit Eiterkörperchen.

Besonders müssen noch die Schweißdrüsen und ihre Ausführungsgänge erwähnt werden. Die Drüsen selbst sind, soweit ihr secernierender Abschnitt in Frage kommt, meist normal; nur an einigen erscheint das Lumen der secernierenden Partien etwas erweitert. Die gewundenen Partien des Ausführungsganges sind vielfach beträchtlich erweitert, teils ohne daß ihre Wandung verändert wäre, teils sind die Epithelien derselben etwas abgeplattet; in ihnen sieht man höchstens eine ganz feinkörnige Masse. Der gestreckte Teil des Ausführungsganges ist ebenfalls an vielen Stellen und oft beträchtlich erweitert; seine Wandung ist meist normal. Die Erweiterung ist eine unregelmäßige, bald zu bald abnehmend, sie ist teils mehr in den tieferen, teils mehr in den höheren Abschnitten ausgesprochen. In dem Verlauf des Ganges durch die Epidermis hat Jadassohn nur an einer Stelle eine Erweiterung feststellen können, hier war eine ampullenartige, von Epithel umkleidete Höhlung durch mehrere Schnitte zu verfolgen, über welche die Hornschicht anscheinend undurchbrochen fortlief. In der Höhlung fand sich nur etwas Detritus. An einigen Stellen war etwa in der Gegend des Überganges des Ausführungsganges in die Drüsenleiste eine Ansammlung von Eiterkörperchen in dem Lumen vorhanden; das Gangepithel war an solchen Stellen mit mehr oder weniger zahlreichen Eiterkörperchen durchsetzt, an einer Stelle so reichlich, daß man den Eindruck eines sich bildenden Pustelchens erhielt. Die Erweiterungen der

Ausführungsgänge waren übrigens nicht bloß an solchen zu konstatieren, an denen im peripheren Abschnitt ein starkes Infiltrat vorhanden war, sondern auch an solchen, an denen dieses fehlte oder minimal war.

Jadassohn hat auch Färbungen auf Bakterien (Weigert, Gram, Carbolfuchsin) versucht, hat aber keine Bakterien, auch nicht an den eitrig-infiltrierten Teilen finden können.

Nach der klinischen, wie histologischen Untersuchung kommt Jadassohn zu dem Endresultat, daß es sich um eine chronische Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern handelt, bedingt durch Infiltrate um die Schweißdrüsenausführungsgänge.

Im Anschluß an die Jadassohn'sche Veröffentlichung wurden eine Reihe weiterer Fälle zum großen Teil nur kurz mitgeteilt, die in der Literaturzusammenstellung alle erwähnt werden.

Anschließend bringe ich einige Auszüge aus den Krankengeschichten der weniger genau beschriebenen Fälle, denen ich die Mitteilung eines weiteren in der dermatoligischen Klinik des Städt. Krankenhauses Nürnberg beobachteten und mir zur Bearbeitung überlassenen Falles folgen lasse.

Fall Hugo Hermann St. Friedrich, Arbeiterskind, Eltern und Geschwister gesund; keinerlei Hautkrankheiten in der Familie. Im 2. Lebensjahre bemerkten die Eltern auf dem Nasenrücken eine „Blatter", die sich allmählich vergrößerte, Kind sonst gesund. Nasenrücken und Nasenflügel sind mit zahlreichen, teils einzelstehenden, teils confluirten, stecknadelkopfgroßen hellroten, bläschenförmigen Efflorescenzen besetzt; dieselben fühlen sich feucht an. Die Grenzen der Affektion sind ziemlich scharf, obwohl die Anordnung der bläschenförmigen Efflorrescenzen vollkommen regellos ist; zwischen ihnen finden sich einzelne kleine Pustelchen; die Nase selbst ist im Bereich der Affektion leicht gerötet; auf Glasdruck verschwindet diese Rötung, ebenso wie sich die kleinsten bläschenförmigen Gebilde fast ganz wegdrücken lassen.

Naseninneres und Mundschleimhaut sind frei.

Auf der rechten Gesichtshälfte ist die Affektion auf die Wangenhaut übergegangen; die Hauptpartie ist in toto leicht gerötet und auf derselben finden sich reichlich solide miliare Knötchen bis über Stecknadelkopfgröße. Sonst ist noch hervorzuheben: leichte Schwellung der Cervical- und Cubital-Drüsen, sowie eine auffallende Neigung des Patienten zum Schwitzen, besonders auf der Nase.

Patient erhielt einmal 0,0003 g und 0,001 g Tuberkulin alt, ohne jede örtliche oder allgemeine Reaktion.

Im Jahre 1901 stellte sich Patient wieder vor:

An dem klinischen Bild ist insofern eine Änderung eingetreten, als von bläschenförmigen Efflorescenzen und von Pustelchen nichts mehr zu finden war, sondern überall fühlte man solide Knötchen, kleinste Tumoren.

Die Affektion hatte sich, wie ein Blick auf die s. Zt. angefertigte Moulage zeigte, nicht weiter ausgedehnt, auch sonst zeigten sich keine Änderungen.

Jedenfalls handelt es sich um eine ziemlich harmlose Dermatose, welche lediglich kosmetische Nachteile mit sich bringt. Hervorgehoben muß werden, daß der Junge, der nunmehr 15 Jahre alt ist, einen in der Entwicklung zurückgebliebenen Eindruck macht, er ist klein und nicht sehr kräftig gebaut.

Seine Extremitäten, sowie Ohren und Nase fühlen sich eigentümlich kühl an und zwar ist diese Kälte an den distalen Körperteilen bei jedesmaligem Anfühlen zu konstatieren.

Fall 2: M. Helene, Arbeiterskind, 10 Jahre alt, Eltern und Geschwister gesund, ohne irgendwelche Hautaffektion. Patientin ist für ihr Alter mäßig gut entwickelt, von gracilem Knochenbau.

Muscalatur schwach und schlaff, Haut blaß und Venen durchscheinend.

Die Nase von der Spitze etwa bis zur Grenze des knorpeligen Teiles und seitlich bis gegen die Nasenflügeln zu ist bedeckt mit kleinen flachen Efflorescenzen, welche auf ihrer Oberfläche ein kleines helles Bläschen tragen; beim Anstechen eines solchen Bläschens entleert sich eine minimale Menge einer ziemlich klaren Flüssigkeit.

Die Grenzen der von der Affektion befallenen Hautpartie gegen das gesunde Gewebe hin sind scharf, die Nase im Umfang der Erkrankung mäßig gerötet.

Links unterhalb des Ohres hinter demselben, nach vorne bis zum ersten Drittel des Unterkiefers, nach unten zu sich in einzelne Knoten bis zur Supraclaviculargrube auflösend, fühlt man ein Drüsenpaket, dessen einzelne Drüsen die Größe eines Hühnereies erreichen, gut abtastbar, bei Druck nicht schmerzhaft sind; rechts kleinere bohnengroße Halsdrüse.

In der rechten Achselhöhle ein ähnliches Drüsenpaket, welches sich gleich dem vorstehenden außerordentlich weich anfühlt.

In der Inguinalbeuge beiderseits bohnengroße Drüsen.

Blutbefund: Verhältnis der weißen zu den roten Blutkörperchen: 1:200. Haemoglobingehalt 75%.

Fall 4: D. Hermann, 11 Jahre alt. Das Kind sieht anämisch und schwächlich aus, ist in der Entwicklung zurückgeblieben; die Venen schimmern durch, die Muskulatur ist schwach.

Da die Mutter das Kind nicht selbst aufgezogen, so weiß sie über die früheste Kindheit wenig anzugeben.

Das Kind wurde als Zwilling geboren, Bruder bald an Englischer Krankheit gestorben; auch der Lebende soll diese Krankheit gehabt haben; Drüsen sind zu fühlen, doch nirgends ein starkes geschwollenes Drüsenpaket.

Die Hautaffektion auf der Nase besteht nach Aussage der Mutter erst seit 4 Jahren; jedoch ist auf diese anamnestische Angabe nicht viel zu geben, da, wie gesagt, die Mutter ihren Sohn erst in späteren Lebensjahren selbst in Pflege genommen. Ob Zwillingsbruder ähnliche Affektion an der Nase hatte, ist nicht bekannt.

Das Kind neigt leicht zum Schwitzen, speziell an der Nase.

Die Nase selbst ist in ihrer unteren Hälfte stark gerötet und auf derselben stehen dicht aneinander gedrängt, kleinste Knötchen; zwischen denselben und auf ihnen miliare Schweißtröpfchen. Die Rötung schließt sich mit scharfer Grenze gegen die normale Haut ab. Auf die Wangenhaut greift die Affektion nicht über, ebenso sind

Naseninneres und Mundschleimhaut von derselben verschont.

Innere Organe ohne Befund.

Das Kind hatte auffallende lange Cilien; Nasen, Ohren und Extremitäten fühlen sich kühl an.

Fall 6. A. Willy, 9 Jahre alt, 127 cm groß, 19,5 kg schwer. Vater an Erfrierung gestorben, Mutter und Geschwister gesund. Das Kind ist gracil gebaut, von blasser Hautfarbe, Venen durchschimmernd. Cervical-Inguinal- und Axillardrüsen leicht geschwollen, lange Cilien, Hypertrichosis zwischen den Schulterblättern, circuläre Zahncaries. Ektremitäten und Ohren kühl; sonst besteht Neigung zum Schwitzen, Nase fühlt sich feucht an.

Auf der Nase, vom knorpeligen Teil gegen die Spitze zulaufend, nach beiden Seiten hin sich etwas verbreiternd, ist die Haut fleckig gerötet mit miliaren Knötchen besetzt; nirgends Neigung zu Bläschen- oder Pustelbildung zu konstatieren. Die Haut über der Nase ist schlaff, leicht gefältelt.

Die Rötung ist leicht wegdrückbar, doch bleibt, besonders da, wo sich Knötchen befinden, ein bräunlicher Farbton zurück.

Fall von Walter Pick:

Bei einem elfjährigen Mädchen besteht seit 2 Jahren eine kleine Rötung der Haut, an der Mitte des Nasenrückens, welche sich bald nach unten und nach den Seiten zu ausbreitete. Oftmals beobachtete die Patientin ein Ablassen dieser Rötung, bald aber wieder ein Stärkerwerden dieser Rötung. Im Höhestadium der Erscheinung machte sich ein sehr starkes Schwitzen an den ergriffenen Partien bemerkbar, an den Händen bestand seitdem eine hochgradige Hyperidrosis, doch ganz unabhängig von psychischen Affekten. Dieses Spiel wiederholte sich nach Angabe der Mutter beständig, ohne daß irgendwelche Einflüsse der Witterung oder der Jahreszeit sich hätten konstatieren lassen. Seit einem Vierteljahr blieb die Affektion stationär. Patientin war stets gesund und hat keine Allgemeinerkrankung, speziell keine Augen-, Ohren- und Drüsenerkrankungen durchgemacht. Die Eltern sind gesund, ebenso 4 Geschwister;

3 Geschwister sind in früher Jugend an unbekannten Krankheiten gestorben.

Status praesens: Patient klein, gracil gebaut, schlecht genährt, Haupthaar blond, reichlich, gut eingeölt; Haarboden frei, Irides blau. Pupillen gleichweit und rund, reagieren gut auf Licht und Konvergenz.

Allgemeine Decken normal gefärbt, gut eingeölt und transpirierend, sind allenthalben, besonders aber am Rücken zwischen den Schulterblättern reichlich mit Lanugohaaren besetzt.

An den Händen hochgradige Hyperidrosis. An den Streckseiten der Extremitäten gringgradiger Lichen pilaris. Die Conjunctivae der Lider wie der Bulbi etwas hyperämisch, die sonstigen sichtbaren Schleimhäute normal. An der Lippenschleimhaut treten die zahlreichen Schleimdrüsen als klare durchscheinende Körner hervor.

Die Haut der Nase ist in einem dreieckigen Bezirk ergriffen, dessen Basis der untere Rand der Nasenflügel bildet und dessen Spitze ungefähr in der Mitte des Nasenrückens liegt, sodaß dieser Hautbezirk ungefähr die Projektion des knorpeligen Nasenrückens auf die Haut bildet. Die Haut erscheint daselbst intensiv gerötet, leicht infiltriert und mit zahlreichen Schweißperlen besetzt. Die Schweißsekretion setzte sogleich von Neuem wieder ein, sobald die Haut vom Schweiß befreit wurde. Schweiß selbst ist vollkommen klar; mit Lakmuspapier ergibt die Prüfung eine alkalische Reaktion. Innerhalb der geröteten Partien finden sich besonders an den Nasenflügeln zahlreiche rote bis braunrote nicht konfluirende Knötchen von Stecknadelspitz- bis Hirsekorngröße; keine Schweißsekretion an den Knötchen, ebenso sind keine erweiterten Follikelmündungen, als irgendwelche Borkenauflagerungen, atrophische Hautveränderungen oder Teleangiektasie zu konstatieren. Die Rötung schwindet auf Fingerdruck ganz.

Die Begerenzung der Affektion gegen die Nachbarschaft ist keine scharfe.

Mund- und Nasenhöhle o. B.

Thorax und Abdominalorgane sind normal, Harnuntersuchung ohne Befund. Auf Injektion mit 1 mgr. Alt-Tuberkulin trat weder allgemeine noch lokale Reaktion

ein. Die histologische Untersuchung ergab die Anzeichen einer akuten Dermatitis, Erweiterung der Gefäße, ödematöse Durchtränkung des Gewebes, kleinzellige Infiltration; Veränderungen traten nur an den Schweißdrüsen auf. Die Drüsenkanälchen sind teils mit einem mehrschichtigen Epithel teils nur mit einer einfachen Lage abgeplatteter Zellen ausgekleidet. Das Lumen der Letzteren ist oft beträchtlich erweitert, die Ausführungsgänge waren teils normal, teils auch dilatiert.

Eigene Beobachtung.

R. Hans, 11 Jahre alt suchte wegen einer Erkrankung an der Nase Herrn Professor Dr. E. Nathan (Hautklinik des Städt. Krankenhauses, Nürnberg) auf.

Familien Anamnese:

Eltern gesund, Bruder an der Schilddrüse operiert, 17jähr. Schwester hatte deutliche Schilddrüsenverdickung. Kein Hautleiden in der Familie.

Anamnese nach Angabe der Mutter:

Mit 3/4 Jahren des öfteren kurzdauernde Krampfanfälle, sonst keine Kinderkrankheiten. Als der Junge etwa 3 Jahre alt war, bemerkte die Mutter ein Feuchtsein der Augenbrauen und der Nase, ferner wies die Nasenhaut dazumal schon eine leichte Rötung auf. Irgendwelche Einflüsse auf das Hautleiden durch Jahreszeiten oder Witterungsverhältnisse sind von der Mutter nicht beobachtet worden. Mit 9 Jahren war der Junge mit der Mutter zum ersten Male beim Arzt, der Salbe verordnete. Gleichzeitig wurde Patient der Lungenfürsorge überwiesen, dort soll eine geringe Affektion des einen Lungenflügels festgestellt worden sein. Patient war anschließend einige Wochen in einem Lungenheim.

März 1927. Lungenbefund nach der Erholung.

Beiderseits Schallverkürzung bis 2 Finger breit unterhalb Spina und 2. Rippe, links mehr als rechts. Atmen beiderseits infantil verschärft, ohne Nebengeräusch. Röntgenonologisch ohne Befund.

Mororeaktion negativ.

Die Beobachtung hat somit keinen Anhaltspunkt für das Vorliegen aktiver Tuberkulose ergeben.

Status praesens am 23. 1. 28.

11½ jähriger Junge in mittleren Kräften und Ernährungszustand (1,49 m groß und 39 kg schwer).

Haut- und sichtbare Schleimhäute blaß, Kopfhaare dunkelblond, Haarboden frei, Schamhaare fehlen.

Kopf: ohne Besonderheiten.

Augen: Rechte Pupille größer als linke Pupille. Pupillen selbst reagieren gut auf Licht und Konvergenz. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus.

Mundhöhle: Zunge feucht, gering gelblichweiß belegt, rechte Tonsille gegenüber linker Tonsille vergrößert und zerklüftet. Gebiß gut.

Hals: keine Drüsen, Schilddrüse in toto kleinapfelgroß verdickt von gleichmäßiger, etwas derber Konsistenz.

Thorax: Gut gewölbt, symetrisch.
Lungengrenzen gut verschieblich, über der ganzen Lunge keine Klopfschalldifferenz nachweisbar. Auskultatorisch beiderseits hinten oben etwas verschärftes Atmen ohne Nebengeräusche.

Herz: ohne Besonderheiten (92 Pulsschläge in der Minute; B.D. 110/65).

Abdomen: Milz und Leber nicht zu tasten, sonst Leib weich, gut eindrückbar.

Extremitäten: gute Beweglichkeit, keine Ödöme.

Nervensystem: Patellarsehnenreflex und Achillessehnenreflex normal, Bauchdeckenreflex gut auslösbar. Kein Babinski.

Hautbefund: Von der Mitte des Nasenrückens nach abwärts sieht man, auf die Nasenflügel übergehend eine flächenhafte, hellrote Färbung, mit follikulären, hirsekorngroßen erhabenen Knötchen. Links vom Nasenrücken finden sich mehrere (4—5) knötchenartige hervorragende Cystchen von graubläulich glänzender Farbe und derber Konsistenz. Die Nasenhaut fühlt sich kühl und feucht an. Die Haut ist im Bereich der Affektion von zahlreichen Schweißperlen bedeckt. Die Schweißsekretion ist eine so hochgradige, daß die Haut, auch wenn sie eben erst abgewischt wurde, sofort wieder glänzend und feucht erscheint. Die medialen Augenbraunenpartien, in Ausdehnung von 4 cm Länge weisen ebenfalls starke Schweißsekretion auf, ferner zeigt die Haut der mittleren

Ober- und Unterlippe Schweißperlenbildung; Schweißsekretion war bald schwächer, bald stärker. Histologisch wurde keine Untersuchung angestellt. Starke Schweißabsonderung an den Füßen und in den Achselhöhlen.

24. 1. 28. Röntgenbefund:

Etwas vermehrte Zeichnung im Bereiche beider oberer Hiluspole, sonst keine Besonderheiten. Die Pirquet'sche Reaktion mit Alt-Tuberkulin verlief vollständig negativ, ferner eine subkutane Injektion von 1 mgr. Alt-Tuberkulin zeigte weder eine lokale noch eine allgemeine Reaktion.

Urin frei von Eiweiß, Zucker und Urobilinogen; Sediment ohne B. Wassermann'sche Reaktion negativ.

30. 1. 28. Blutstatus:

Hämoglobin 86%
Erythrocyten 5 540 000
Leukozyten 14 400
Segmentk. 54%
Lymphozyt. 32%
Eosinoph. 7%
Mononukleäre 7%

Die neurologische Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund am Nervensystem.

Epikritische Bemerkungen.

Luithlen und Jadassohn haben zum ersten Male über diese Erkrankung der Nasenhaut in der Literatur berichtet.

Von diesem Zeitpunkt an bis Anfang des Jahres 1928 habe ich die Fälle zusammengestellt. Im Ganzen konnte ich 99 Fälle in der Literatur auffinden, teils sind dieso in größeren Arbeiten niedergelegt, teils kurz berichtet, teils sind sie nur in Versammlungen vorgestellt worden.

Es ergeben sich also, mit dem von mir beschriebenen Fall zusammen 100 Fälle.

Das Geschlecht war nur in 62 Fällen angegeben, davon waren 37 männlichen und 25 weiblichen Geschlechtes; bei den übrigen 37 fehlen nähere Angaben.

Bei sämtlichen in der Literatur beschriebenen Fällen konnte man mehrere Formen von Efflorescenzen nachweisen. In den meisten Fällen war die Erkrankung durch

Rötung, Schwellung, Knötchen-, Pustel- bezw. Cystenbildung charakterisiert. Bald überwog die eine, bald die andere Form dieser Efflorescenzen.

In klinischer Beziehung hat die Erkrankung bei den verschiedenen Fällen nur geringe Abweichungen bei den einzelnen Fällen gezeigt. In einigen Fällen fanden sich die Efflorescenzen nicht nur auf der Nase, sondern auch auf anderen Stellen des Gesichts. Jadassohn fand bei einem Kinde einzelne Knötchen auf den Wangen, bei einem anderen Kinde auf der Oberlippe.

J.M.H. Mac Leod (1903) berichtet über die Erkrankung bei einem 6jährigen Knaben. Die Affektion ging eines Tages mit Schwellung der Oberlippe und starker Schweißbildung derselben einher. Ferner entwickelten sich dort sehr kleine braunrote, runde oder auch etwas zugespitzte Papeln.

Saalfeld demonstrierte in der Berliner dermatologischen Gesellschaft (1902) einen Fall. Die Affektion umfaßte Nasenspitze und Oberlippe.

Hermann (1901) hat mehrere Fälle beschrieben; davon hatte ein Fall ebenfalls Abweichungen von charakteristischem Bilde gezeigt. Es fanden sich bei einem Knaben im Laufe der Zeit reichlich miliare, solide Knötchen auf der rechten Wangenhaut eingelagert.

C. Ducrey. Neben dem papulösen, pustulösen Nasenerythem bei 2 schwächlichen Kindern fanden sich kleine Hautinfiltrate am Kinn.

Kleeberg (1925), berichtete über einen Fall von Granulosis rubra nasi bei einem Knaben. Früher bestanden Efflorrescenzen am Kinn, z. Zt. der Vorstellung waren noch einzelne versprengte Bläschen auf der linken Wange nachweisbar.

Fischer Klara stellte in der deutschen dermatologischen Gesellschaft am 13. 3. 27. einen 18jährigen Patienten mit Granulosis rubra nasi vor. Die Affektion betraf die Nase und die angrenzenden Wangenpartien, es waren Rötung und kleinere Knötchen erkenntlich.

Beeson, B. Barker (1926) berichtete über einen Fall:

Jetzt 20jähriger Patient litt seit seinem 12. Lebensjahre an einer Rötung und starkem Schwitzen der Nasenhaut. Die Rötung erstreckt sich auf die ganze Nase und auf

die angrenzenden Wangenpartien, war ziemlich scharf abgegrenzt und von einem dichten Netz erweiterter Gefäße durchsetzt.

Nadel berichtet über einen Fall von Granulosis rubra nasi bei einem 14jährigen Burschen. Außer der typischen Stelle ist auch die Haut der Oberlippe und der Kinngegend befallen. Punktförmige Schweißabsonderungen an diesen Stellen.

Bei der Durchsicht sämtlicher Fälle von Granulosis rubra nasi konnte man im allgemeinen keinen Einfluß der Jahreszeit feststellen, jedoch gibt Jadassohn in seiner Arbeit an, daß bei einem seiner Fälle die Rötung im Frühjahr am auffallendsten war. Ferner Parounagian: Granulosis rubra nasi bei einem 10jährigen Mädchen. Die Affektion sei im Winter stärker, als im Sommer.

Irgendwelcher Einfluß auf das Hautleiden durch die Jahreszeit war bei meinem Fall nicht zu verzeichnen, ganz unabhängig davon war die Schweißsekretion auf der Nasenhaut, der Oberlippe und Unterlippe bald stärker, bald schwächer; dasselbe wird von einigen Autoren auch berichtet.

Jadassohn kommt zu dem Ergebnis, daß diese Affektion der Nasenhaut im frühesten Kindesalter beginnt. Auch einige andere Autoren wie J. M. H. Mac Leod und J. Méneau sind derselben Meinung.

Auf Grund meiner Zusammenfassung bin ich ebenfalls zu dem Resultat gekommen, daß diese Nasenhauterkrankung in frühester Kindheit beginnt, ja in einigen Fällen schon von Geburt an festzustellen war. Das Leiden dauert gewöhnlich bis zur Pubertät. Bei einigen Fällen bleibt die Dermatose auch bis ins höhere Alter bestehen.

Wenn auch das klinische Bild der Erkrankung heute gut bekannt ist, so herrscht über Aetiologie und Pathogenese aber noch große Unklarheit.

Jadassohn sprach sich in seiner Arbeit dahin aus, daß die histologische Untersuchung mit aller Wahrscheinlichkeit auf einen infektiösen chronischen Prozeß schließen läßt, aber bestimmte Faktoren, die für das Zustandekommen dieser Krankheit in Frage kommen, hat der Autor nicht erwähnt. Und zwar sei bei dieser chronisch

verlaufenden Krankheit der Nase an Tuberkulose zu denken. Auch andere Autoren sind auch zu der gleichen Anschauung gelangt.

Henry G. Anthony sagt, daß Granulosis rubra nasi meist bei tuberkulösen Kindern oder solchen, die an einer chronischen oder anderen pyogenen Infektion leiden, vorkomme.

Gougerot berichtet über 2 Fälle von typischer Granulosis rubra nasi. Beide Fälle hatten skrophulösen Habitus. Bei dem einen Fall fanden sich auf der Nase einige Lupusknötchen eingelagert, bei dem zweiten Fall bestand Lupus pernio und Milien. Gougerot weißt darauf hin, daß diese Kombination der Granulosis rubra nasi mit tuberkulöser Konstitution vielleicht nicht zufällig sei.

Ritter berichtet über ein 16jähriges Mädchen mit Granulosis rubra nasi und papulonekrotischen Tuberkuliden an den Armstreckseiten. Auf Ponndorfimpfung verschwanden erst die Tuberkulide, dann die Granulosis rubra nasi. Auch diese Beobachtung dürfte also auf einen Zusammenhang der Granulosis rubra nasi mit Tuberkulose schließen lassen.

Artom Mario kommt auf Grund des Studiums seines Falles zu der gleichen Schlußfolgerung.

Dreyer führt die Granulosis rubra nasi auf tuberkulo-toxische Einwirkung zurück.

Rajka teillt 5 Fälle von Granulosis rubra nasi mit, bei denen Tuberkulose feststellbar war. Rajka schließt sich daher den Autoren an, die die Erkrankung zu den cutanen Manifestationen der Tuberkulose rechnen.

Neben diesen Autoren, die einen Zusammenhang der Granulosis rubra nasi mit Tuberkulose für erwiesen achten, nehmen noch andere die tuberkulose Ätiologie der Granulosis rubra nasi an, jedoch muß gesagt werden, daß der positive Beweis für die Annahme einer Tuberkulose hier sehr schwer ist, da in den meisten Fällen keine histologischen Untersuchungen angestellt wurden.

Soweit ich die Literatur überblicken kann sind außer der Tuberkulose keine anderen aetiologischen Faktoren zur Erklärung des eigenartigen Krankheitsbildes herangezogen worden. Andeutungsweise möchte ich jedoch darauf aufmerksam machen, daß vielleicht auch endo-

krine Störungen bei der Pathogenese der Granulosis rubra nasi in Betracht gezogen werden könnten. In unserem Falle würden in diesem Sinne die vorhandene leichte Struma, die Lymphozytose und Eosinophilie des Blutbildes, das leichte Schwitzen sprechen. Von großer Bedeutung im Zusammenhang damit scheint es auch zu sein, daß die meisten Fälle von Granulosis rubra nasi mit dem Einsetzen der Pubertät zur Spontanheilung kommen.

Es dürfte daher angebracht erscheinen, in Zukunft dem Vorkommen von endokrinen Störungen bei der Granulosis rubra nasi erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken.

Die Prognose ist günstig, da meistens zu Beginn der Pubertät oder spätestens bis anfangs der zwanziger Jahre in der Regel die Erkrankung von selbst sich zurückbildet. Nur vom kosmetischen Standpunkt betrachtet wäre es erwünscht eine möglichst schnelle Heilung zu erzielen.

Therapie: Eine ganz sichere Behandlung fehlt bisher. Früher wurden leichte Schälkuren, Schwefel, Resorcin, Ichthyol etc. angewandt, aber dabei wurde kein Erfolg gesehen. Ferrner blieben heiße Waschungen, auch Bepinselungen mit Formalinlösungen erfolglos (Jadassohn). Nach Anwendung von Kohlensäureschnee hat P. Haslund einmal eine Heilung gesehen; während Spillmann und Beeson bei der Anwendung von Kohlensäureschnee nur eine Besserung feststellten. Doch sind auch damit keine eindeutigen Erfolge erzielt.

Ich erfülle eine gebührende Pflicht, wenn ich Herrn Prof. Dr. Nathan für die Anregung zu der Arbeit, die Überlassung des Materials, die wohlwollende und liebenswürdige Förderung, sowie Herrn Universitätsprofessor Dr. Hauck für die gütige Unterstützung geziemenden und ganz ergebensten Dank erstatte.

Literatur-Angaben.

Andruszewski: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Bd. 16, 1925, S. 25.

Anthony H. G.: Monatshefte für praktische Dermatologie, Bd. XLV, 1907, S. 207.

Artom, Mario: Zentralblatt Bd. 12, 1924, S. 169.

Audry: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XXXVIII, 1904, S. 277.

Bäumer: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XXXVII, 1903, S. 175.

Barber H. W.: Dermatologische Wochenschrift, Bd. 69, 1919, S. 692.

Beeson: Zentralblatt Bd. 21, 1927, S. 603.

Beeson B. Barker: Zentralblatt Bd. 22, 1927, S. 365.

Ben: Zentralblatt Bd. 19, 1926, S. 19.

Berger: Bd. 19, 1926, S. 605.

Berkoritz: Zentralblatt Bd. 25, 1928, S. 203.

Böhm: Zentralblatt Bd. 18, 1926, S. 754.

Brock: Zentralblatt Bd. 4, 1922, S. 441.

Covie, D. Murray: Zentralblatt Bd. 10, 1924, S. 69.

Darier und Civatti: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. LI, 1910, S. 28.

Dreyer: Zentralblatt Bd. 21, 1927, S. 397.

— Zentralblatt Bd. 24, 1927, S. 578.

Ducrey C.: Zentralblatt Bd. 6, 1923, S. 89.

Dupont: Zentralblatt Bd. 25, 1928, S. 203.

Fischer Klara: Zentralblatt Bd. 23, 1927, S. 616.

Freund: Zentralblatt Bd. 13, 1924, S. 138.

Fuß: Zentralblatt Bd. 5, 1922, S. 213.

Funfack: Zentralblatt Bd. 16, 1925, S. 22.

Gorom W. H.: Zentralblatt Bd. 9, 1924, S. 203.

Gougerot: Dermatologische Wochenschrift, Bd. 62, 1916, S. 460.

Grünmandel: Zentralblatt Bd. 20, 1926, S. 746.

Haslund P.: Dermatologische Wochenschrift, Bd. 63, 1916, S. 649.

Haxthausen: Zentralblatt Bd. 19, 1926, S. 349.

Hermann: Eine eigentümliche mit Hyperidrosis einhergehende, entzündliche Dermatose an der Nase jugendl. Individuen, Archiv für Dermatologie und Syphlis, Bd. 60, 1902, S. 77.
Hügel G.: Zentralblatt Bd. 13, 1924, S. 362.
Jadassohn: Über eine eigenartige Erkrankung der Nasenhaut bei Kindern (Grannlosis rubra nasi) Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 58, 1901, S. 145.
— Monatsheft für prakt. Dermatologie, Bd. XLIII, 1906, S. 477.
Jeßner Max: Zentralblatt Bd. 22, 1927, S. 608.
Kaufmann-Wolf Marie: Zentralblatt Bd. 18, 1926, S. 66.
Kleeberg: Zentralblatt Bd. 17, 1925, S. 621.
Klepper: Zentralblatt Bd. 20, 1926, S. 421.
Lehner: Zentralblatt Bd. 21, 1927, S. 403.
Levin: Zentralblatt Bd. 20, 1926, S. 584.
Lipschütz: Zentralblatt Bd. 6, 1923, S. 500.
Luithlen: Über eine eigentümliche Form von Acne mit Schweißdrüsenveränderungen (Festschrift für M. Kaposi, 1900, pag. 709).
J. M. H. Mac Leod: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XXXVII, 1903, S. 306; Bd. XLIII, 1906, S. 645.
Malherbe: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XL, 1905, S. 503.
Méneau J.: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. LI, 1910, S. 177.
Nadel: Zentralblatt Bd. 25, 1928, S. 276.
Parounagian: Grannlosis rubra nasi. Dermatologie und Syphilis Bd. 117, 1914, S. 413.
Pick E.: Zentralblatt Bd. 17, 1925, S. 624.
Pick W.: Grannlosis rubra nasi (J.) Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 62, 1902, S. 105.
— Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XXXV, 1902, S. 429.
Pinkus: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XXXIV, 1902, S. 17.
Porios: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, 1921, S. 20.
Randak: Zentralblatt Bd. 6, 1923, S. 336.
Rajka E.: Zentralblatt Bd. 21, 1927, S. 864.
Ricard: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XLVI, 1908, S. 158.
Rille: Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Bd. 1, 1921, S. 340.
Ritter: Zentralblatt Bd. 2, 1921, S. 83.
— Zentralblatt Bd. 16, 1925, S. 16.
Rosenberg: Zentralblatt Bd. 20, 1926, S. 860.

Saalfeld: Monatsheft für praktische Dermatologie, Bd. XXXVI, 1903, S. 28.
Sato K.: Zentralblatt Bd. 24, 1927, S. 487.
Scomazyoni T.: Zentralblatt Bd. 12, 1924, S. 170.
Sterling: Zentralblatt Bd. 13, 1924, S. 242.
Spillmann L.: Zentralblatt Bd. 16, 1925, S. 329.
Spitzler: Zentralblatt Bd. 10, 1926, S. 750.
Thibierge Georges et Aigière: Zentralblatt Bd. 22, 1927, S. 365.
Trost K.: Zentralblatt Bd. 4, 1922, S. 325.
Urbach: Zentralblatt Bd. 9, 1924, S. 167.
Wenger: Zentralblatt Bd. 20, 1926, S. 741.
Winkelried, Williams: Dermatologische Wochenschrift, Bd. 63, 1916, S. 718.
Wirz: Zentralblatt Bd. 14, 1924, S. 31.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Karl Denkler, bin geboren am 14. März 1900 in Forchheim Ofr. als Sohn des damaligen Amtsrichters, jetzigen Rates am Oberlandesgericht Nürnberg Karl Denkler und seiner Ehefrau Marga geb. Kratzer. Nach Besuch der Volksschule in Forchheim und Frankenthal (Rheinpfalz) besuchte ich das Progymnasium in Frankenthal und Windsheim, sowie das humanistische Gymnasium in Erlangen. Durch Krankheit war ich gezwungen die Studienzeit auf 2 Jahre zu unterbrechen. Im Juni 1918 wurde ich noch zum Heeresdienst eingezogen und dem Ersatzbatallion eines Fußartillerie-Regiments zugeteilt. Ich gehörte dann dem Freicorps Epp an.

Nachdem ich am humanistischen Gymnasium 1921 die Reifeprüfung abgelegt hatte, widmete ich mich dem Studium der Medizin und studierte an den Universitäten Erlangen, Kiel, Wien, Freiburg und wieder Erlangen. 1924 bestand ich das Physikum, 1927 das Staatsexamen. Während des praktischen Jahres war ich am Krankenhaus St. Georg in Hamburg (Prof. Dr. Ringel) und am städt. Krankenhaus in Nürnberg (Prof. Dr. Nathan und Geheimrat Prof. Dr. Müller) tätig. Die Approbation erlangte ich am 1. Juni 1928. Zur weiteren Ausbildung verblieb ich als Volontärarzt am städt. Krankenhaus Nürnberg.